

유방 및 자궁경부 암 치료 프로그램
자격, 정보공개 및 동의 양식

정자로 기입하십시오.

사무소 이용에 한함

성	이름	중간 이름 이니셜	BCCHP Prime Contractor SEAT	Diagnosis Date
생년월일	사회보장번호(SSN)		BCCHP Case Manager Name: Heather Fluegel	
주소			BCCHP Case Manager Phone: 206-263-8176 Fax: 206-296-0208	
시	주	우편번호	BCCHP ID #	Medicaid ID #
전화번호: 메시지를 남겨도 괜찮습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			Clinic Chart #	Clinic Name
집: 휴대전화:				
직장: 다른 번호:				

세금공제 전 가계소득이 얼마입니까? \$ _____ 매 주 월 년

가계소득으로 부양받는, 가구 내 거주 식구 수: _____

건강보험이 있습니까? 예 아니요 있는 경우, 회사명: _____ 보험증권 번호 _____

본 유방암 또는 자궁경부암 진단에 대해 미지불 의료비가 있습니까? 예 아니요

있는 경우: 검사가 시작되고 BCCHP 또는 보험이 보장하지 않은, 진단 전, 개월 수: 1 2 3

워싱턴주 거주자이십니까? 예 아니요

미국 시민권자이십니까? 예 아니요 출생지는 어디십니까? 주: _____ 국가: _____

미국 영주권자입니까? 예 아니요 해당 사항 없음

언제부터 영주권자입니까? (영주권 상의 날짜) _____ 미국 밖 출생의 경우, 시민권/ 이민 서류를 1회 제공해 주십시오.

기본 언어? (해당 사항을 모두 선택하고, 선호 언어를 동그라미하십시오) 영어 스페인어

베트남어 중국어 한국어 캄보디아어 러시아어 기타 (구체적으로 기입: _____)

본인은 다음 사항을 이해합니다. (각 진술에 약식 서명(또는 이니셜 기입)을 하십시오)

_____ 유방암 또는 자궁경부 암 치료에 대한 의료 보험을 위해 본인이 워싱턴주 건강관리국(HCA) Apple Health메디케이드 프로그램으로 추천됩니다.

_____ 이 정보는 미국이민국(USCIS)과 공유되지 않을 것입니다.

_____ 본인은 치료의 문서화를 위해 유방, 자궁경부 및 결장 건강 프로그램(BCCHP)에 진료 기록을 공개합니다.

_____ 본인은 의료 지원 혜택 및 의료에 대한 제3자의 지불에 대한 권리를 워싱턴주 정부에게 부여합니다.

본인은 상기 정보를 읽고 이해하였습니다. 본인은, 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확하며 완전함을, 위증죄의 처벌법에 의거하여, 선언합니다.

의뢰인 서명: _____ 날짜: _____

케이스매니저 서명: _____ 날짜: _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:

Initial eligibility screening date: _____

Re-verification date: _____

Remains eligible: Yes No (If no, explain in notes)

Requested coverage start date: _____

AEM / ERSO: Yes No

BCCHP Consent form current: Yes No

Case Management Notes:

